



Trabalho Final

Mestrado Integrado de Medicina

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

INSIGHT NAS PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE. UMA REVISÃO.

Bárbara Pereira Machado

Abril/2017



Trabalho Final

Mestrado Integrado de Medicina

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

INSIGHT NAS PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE. UMA REVISÃO.

Bárbara Pereira Machado

Orientado por: Dr. Lucas Francisco Castelo de Almeida Manarte

Abril/2017

Resumo:

Existem inúmeras designações de insight, mas em Psiquiatria é definido como "a capacidade de um doente em compreender a natureza, a importância e a gravidade da sua doença". A sua avaliação é difícil e variável, uma vez que o insight é difícil de avaliar, depende da metodologia aplicada, varia com o tempo e com as diferentes características das crenças dos doentes. O estudo do insight nas perturbações da ansiedade é relativamente recente e, por isso, mais reduzido comparativamente a outras perturbações, como a esquizofrenia. Já é reconhecida a ausência de insight nos doentes com perturbações da ansiedade, o que até então era considerada uma característica inerente às mesmas. As perturbações da ansiedade são as mais frequentes e correspondem a 25% de todas as perturbações psiquiátricas, com uma prevalência mundial de 4% e ocupam o 6º lugar como causa de incapacidade. Deste modo, este artigo de revisão fornece uma compilação dos estudos mais relevantes do insight nas Perturbações da Ansiedade, com inclusão da Perturbação Obsessivo-Compulsiva e da Perturbação do Stress Pós-traumático. Não foi possível identificar factores demográficos, étnicos, etários e de género associados ao insight, com excepção das zonas rurais e países menos desenvolvidos a demonstrarem menor insight. A severidade dos sintomas está associada a um pior insight, mas nem sempre é um critério exclusivo para a procura de tratamento. É necessário considerar outros factores importantes na procura de tratamento como: a qualidade de vida e a disfunção funcional. Além da ausência de insight, o estigma e a normalização podem ser barreiras ao reconhecimento dos sintomas. Por fim, um insight fraco tem implicação na terapêutica, de modo que a terapia inicial destas perturbações deve ser farmacológica. Há necessidade de maior número de estudos nesta área, uma vez que algumas das perturbações carecem de informação.

Palavras chave: Insight, Ansiedade, BABS, Disfunção funcional, Normalização

Abstract:

There are innumerable definitions for insight, but in Psychiatry it refers to “a patient’s capacity to understand the nature, significance and severity of his or her illness”. Insight’s evaluation is hard and variable because it is very difficult to assess insight as it may vary depending on an applied methodology, time, and how different characteristics of patients’ beliefs are. Studies about insight in anxiety disorders are recent, and because of that, less than in other disorders, such schizophrenia. It has already been accepted that some patients do not have insight, which it was thought to be a major characteristic of these disorders. On the other hand, Anxiety Disorders are the most common, corresponding to 25% of all psychiatric disorders, with a world prevalence of 4% and the sixth leading cause of all disability. So, this review article contains a compilation of the most relevant insight studies on Anxiety Disorders and also includes Obsessive compulsive disorder and Posttraumatic Stress Disorder. It was not possible to identify demographic, ethnic, age, gender factors, excluding rural areas and developing countries, which were found to have less insight. The severity of symptoms was associated with poorer insight, but is not the main reason why people seek treatment, so it is necessary to pay attention to quality of life and functional dysfunction. It has also been found that there are barriers beyond insight to symptom recognition, such as stigma and normalization. Finally, poor insight was associated with therapeutics outcomes, so that poor insight patients with these disorders should start with pharmacological therapy. Lack of information about insight was found in some anxiety disorders, so more investigation needs to be done.

Key Words: Insight, Anxiety, BABS, Functional dysfunction, Normalization

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

Índice:

Resumo	II
1. Introdução.....	1
2. Insight.....	3
3. Insight na Perturbação da Ansiedade Generalizada.....	7
4. Insight na Perturbação de Pânico.....	10
5. Insight na Fobia Social.....	12
6. Insight na Perturbação Obsessivo-Compulsiva.....	14
7. Insight na Perturbação do Stress Pós-Traumático.....	16
8. Conclusão.....	18
9. Bibliografia.....	21
10. Agradecimentos.....	24

1.Introdução:

Apesar de as perturbações da ansiedade terem características específicas que as distinguem, partilham entre si sentimentos de medo e stress intensos e prolongados, com manifestações somáticas. Actualmente, de acordo com o DSM-V, a Perturbação Obsessivo Compulsiva e a Perturbação do Stress Pós-Traumático já não fazem parte das Perturbações da Ansiedade, mas, como partilham as características básicas destas perturbações, foram incluídas neste trabalho.

Estas perturbações, normalmente, começam na infância ou adolescência, têm um curso recorrente e intermitente e causam incapacidade em termos de função, com repercussões negativas a nível de rendimentos, da educação e das relações interpessoais. São as mais frequentes, correspondendo a 25% de todas as perturbações psiquiátricas. Em 2010, registaram-se 272 milhões de casos de ansiedade a nível mundial, o que corresponde a uma prevalência de 4%, com uma importante subida na faixa etária entre os 10 e 19 anos. O número de anos de vida vividos com incapacidade foi de 390 YLDs por 100.000 habitantes, o que corresponde a 3.5% do peso global da doença. No seu conjunto, ocupam o 6º lugar como causa de incapacidade, com maior incapacidade do que outras doenças como esquizofrenia, diabetes e todos os cancros combinados, tanto em países com alto como baixo poder económico. É superada pela perturbação depressiva major, que ocupa o segundo lugar. O sexo feminino é o mais afectado pelas perturbações da ansiedade, que correspondem à terceira causa de incapacidade em mulheres entre os 15 e 49 anos. Neste estudo, não se considerou a morte como uma causa directa da ansiedade, de modo que os anos de vida perdidos devido à incapacidade da doença correspondem aos anos vividos com a doença. Deste modo, os anos de vida potencialmente perdidos devido à doença aumentaram 36%, com as perturbações da ansiedade a serem a 34ª causa de anos de vida potencialmente perdidos em 1990 e a 27ª causa em 2010. Verificou-se um maior aumento no sexo masculino. No entanto, como a perturbação da ansiedade é considerada um factor de risco para o suicídio, estima-se que 7% de todas as mortes causadas por suicídios são atribuídas a perturbações da ansiedade e o peso do suicídio atribuível às perturbações da ansiedade é

equivalente a 10% do peso global causado pelas perturbações da ansiedade (Baxter et al., 2014).

Dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde mostram que, entre 1990 e 2013, o número de pessoas com uma perturbação de ansiedade ou depressão aumentou para o dobro, com uma subida de 416 milhões para 615 milhões. Portanto, cerca de 10% da população mundial tem uma destas perturbações. No entanto, os sintomas passam despercebidos pela maioria dos doentes. Quando não são diagnosticadas e consequentemente tratadas, podem evoluir para a cronicidade ou para comorbilidades como depressão, suicídio, dependência de substâncias e/ou outras perturbações.

Alguns estudos revelaram que os doentes com sintomatologia leve a moderada não procuram tratamento. Num estudo realizado, 57% dos doentes com perturbação da ansiedade tinha sintomatologia leve a moderada e apenas 30% eram assintomáticos (Baxter et al., 2014). Portanto, é importante perceber se a razão pela qual não procuram tratamento é porque não sabem que têm uma perturbação da ansiedade.

A procura de tratamento está relacionada, entre outros factores, com a morbilidade, a disfunção, o estatuto socio económico e com a necessidade de ajuda que o doente acha que precisa (Andrews, Sanderson, Slade, & Issakidis, 2010), o que poderá explicar a elevada prevalência destas perturbações e salienta a necessidade de avaliar o insight.

Apesar dos avanços terapêuticos, a eficácia da terapêutica cognitivo-comportamental e farmacológica está entre os 60-85%. Cerca de 10 a 40 % dos doentes não responde à terapêutica cognitiva-comportamental e muitos mantêm sintomas residuais. Esta resistência à terapêutica está associada a diversos factores, entre os quais, motivação e adesão ao tratamento (Review, 2006). Também se verificaram casos de ausência de resposta ao tratamento, em 20% dos pacientes a fazer terapia cognitivo-comportamental e em 40% dos doentes a fazer inibidores selectivos da recaptação de serotonina. Estes casos carecem de explicação e a falta de insight foi proposta por alguns autores (Ferrão et al., 2006).

Por exemplo, um estudo realizado em mulheres grávidas com perturbação depressiva major concomitante com perturbação da ansiedade revelou que uma das

causas de desistência da terapêutica farmacológica era um insight fraco da doença, devido à negação da severidade dos sintomas (Spidel & Oberlander, 2013).

Estudar o insight é crucial, uma vez que tem implicações no tratamento, com repercussão nos resultados terapêuticos. Um estudo sobre a psicoterapia dinâmica demonstrou que o insight explicava uma proporção substancial dos efeitos a longo prazo da interpretação da transferência na psicoterapia, isto é, tinha um efeito positivo no tratamento (Johansson et al., 2010).

Concluindo, esta revisão tem como objectivo estudar as relações do insight com as diferentes perturbações da ansiedade, perceber as suas implicações ao nível da percepção da doença e dos seus sintomas, procura e adesão do tratamento, prognóstico, conhecer os factores que condicionam um melhor ou pior insight no início da doença. Pretende-se, também, avaliar a evolução do insight com a terapêutica e de que modo a mesma influencia o prognóstico da doença e, por fim, explicar estas variáveis.

2. Insight

De acordo com o *Oxford English Dictionary*, o insight define-se como “uma visão interior, um discernimento, uma sabedoria ou um vislumbre da profundidade do eu”(Marková & Berrios, 1992). No entanto, a Psiquiatria classifica o insight como “a capacidade de um doente em compreender a natureza, a importância e a gravidade da sua doença” (Johnson, Sathyaseelan, Charles, Jeyaseelan, & Jacob, 2012). Apesar do termo insight ter uma história curta, conceitos como auto-observação e auto-conhecimento remontam à Antiguidade. Permanece incerta a introdução do insight como sintoma na Psiquiatria, mas sabe-se que, na segunda metade do século XIX, já decorreriam estudos cujo objectivo era perceber os efeitos da doença mental na consciência do doente. Um desses estudos foi publicado por Henri Dagonet. Aubrey Lewis foi um dos pioneiros da investigação do insight em 1934 (Marková & Berrios, 1992).

Enquanto conceito, o insight já foi apelidado das mais variadas formas: julgamento (Jaspers 1963), atitude (Lewis 1934), consciência verbalizada (Eskey 1958), identificação (Heinrichs 1985), reconhecimento (Barkto 1992) e auto-conhecimento

(Marková 1992). São todos conceitos diferentes, com processos diferentes (Marková & Berrios, 1995).

Mais detalhadamente, Karl Jaspers fez uma distinção no conceito de insight. Por um lado, existia a consciência da doença, isto é, o doente sentia-se diferente e, por outro lado, existia o insight propriamente dito em que o doente sabia qual era a sua doença e a sua severidade. Esta distinção assentava na habilidade de julgamento por parte do doente, dependente da sua inteligência e educação, ou seja, da personalidade. Por sua vez, Sigmund Freud utilizou o termo insight como: conhecimento ou consciência de estar doente e reconheceu, juntamente com outros psiquiatras, a sua importância no efeito terapêutico na psicoterapia analítica. Aubrey Lewis não se prendeu a nenhum ponto de vista teórico específico e definiu, temporariamente, o insight como “uma atitude correcta para uma mudança mórbida do próprio”. À semelhança de Jaspers, ele definiu a consciência da sua própria mudança como um julgamento. Além disso, dividiu o insight em vários níveis e afirmou ser impossível para um doente obter insight completo da doença, uma vez que a própria doença distorcia a capacidade de julgamento do doente. Deste modo, para aceder ao insight, era necessário o estudo de toda a psicopatologia da doença (Marková & Berrios, 1992).

Em 1990, Anthony David reconheceu a importância da medição do insight no diagnóstico e na terapia dos doentes. Ele dividiu-o em três partes interligadas entre si, mas com valores de escala diferentes, sendo estas: adesão à terapêutica, consciência da doença e reconhecimento correcto das experiências psicóticas. A sensação de anormalidade do doente, face ao seu funcionamento, era comum às três partes (Marková & Berrios, 1992). Existem autores que alargaram esta divisão em cinco dimensões: a presença da doença mental, os benefícios do tratamento psiquiátrico, as consequências sociais da doença, os sintomas e a atribuição dos sintomas à doença (Sirri & Grandi, 2012).

Por sua vez, Marková & Berrios (1992) definiram o insight como uma forma de auto-conhecimento que inclui a informação de problemas, traços de personalidade do “eu” e uma compreensão do seu efeito na interacção do próprio com o mundo. Deste modo, não pode ser abordado como um sintoma isolado, pois é um processo contínuo.

Além disso, definiram o insight enquanto fenómeno e enquanto conceito e propuseram um modelo para a estrutura do mesmo. Este modelo assentava numa

construção baseada na perspectiva do paciente, do clínico e na sua interacção e estava interligada com a formação dos sintomas. Este processo ocorreria a níveis e estágios diferentes, de modo que o grau de insight podia ser avaliado consoante a fase do processamento em que o doente estaria. Este processo era contínuo e os factores que operariam nesta construção iam mudando de acordo com a dinâmica da estrutura, da formação da sintomatologia e com as mudanças contínuas externas (ambiente, contextos) (Marková & Berrios, 1995).

O insight também pode ser abordado numa perspectiva biopsicossocial, cuja definição é “característica cultural com um papel importante na sobrevivência”. A falta de insight pode ser devida a três processos. O primeiro consiste num mecanismo de defesa, já proposto por Sigmund Freud, em que o subconsciente luta contra os pensamentos indesejados para que estes não se tornem conscientes. É, actualmente, descrito como um processo para evitar a “desilusão” provocada pela consciência da doença. Existe, também, um mecanismo activo de “coping” que, na sua forma mais extrema, adquire a forma de negação e protege o indivíduo. Pode ser considerado um tipo de auto-ilusão que envolve percepções de controlo exageradas e eficácia do próprio. O insight preservado relaciona-se positivamente com a depressão e inversamente com a auto-ilusão, evidências que reforçam o mecanismo anterior. No segundo, a falta de insight é devida a uma falha no processo de atribuição, cuja definição é “uma forma de erro cognitivo baseado na falta de informação, preconceito e crenças idiossincráticas”. Deste modo, o doente acredita que atribuiu o significado correcto aos seus sintomas e experiências. No entanto, o significado de “correcto” levanta algumas questões, na medida em que este varia consoante os conceitos médicos da doença e com a noção de doença mental da sociedade onde se está inserido (Saravanan, 1998). O último processo consiste num defeito neurológico, no qual existe uma parte do cérebro afectada e por isso há negação de um sintoma, doença ou parte do corpo, como por exemplo a anosognosia, uma síndrome proposta por Babinski, na qual há lesão do hemisfério direito, em especial no lobo parietal. (Marková & Berrios, 1992).

O insight pode ser dividido consoante o processo afectado. Alguns doentes têm “insight intelectual” e, por isso, conseguem aceitar uma explicação das suas crenças e até concordar que a sua crença não faz sentido. No entanto, essa explicação pode não provocar nenhuma mudança no sistema de crenças do doente, de modo que o “insight

emocional” está ausente. Este último pode ser definido como uma profunda compreensão e mudança das crenças disfuncionais e das suas consequências afectivas e comportamentais. Por outro lado, a consciência relativa à doença e à necessidade de tratamento designa-se de “insight clínico”. Também é abordado o “insight cognitivo”, no qual há avaliação e correcção das crenças distorcidas e interpretações erróneas. Neste processo cognitivo, o indivíduo tem de ter a capacidade de se distanciar das suas interpretações para as reavaliar (Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004).

Existem discrepâncias e contradições nos estudos que são consequência da enorme variedade de medidas de avaliação do insight e que dificultam a análise dos resultados. É necessária uma standardização destas medidas e consenso na utilização da definição de insight e das suas variáveis nos estudos. A divisão do insight pode ser categórica (presente ou ausente, ou dividida em mais grupos: presente, parcial ou ausente) ou contínua com base em escalas de medida. Esta abordagem multidimensional permite uma análise mais ampla e rigorosa. Os exemplos de escalas são: a ITAQ (Questionário das Atitudes de Tratamento) que consiste numa entrevista com onze questões com foco na consciência da necessidade de tratamento; a Tabela de Avaliação do Insight baseada em três componentes: consciência da doença, capacidade de perceber os sintomas psicóticos e adesão ao tratamento; a Escala para aceder à Falta de Consciência de uma Doença Mental (SUMD) com cinco pontos essenciais que incluem ter uma doença mental, benefícios da medicação, consequências sociais da doença, sintomas proeminentes e atribuição dos sintomas à doença; a Escala do Insight que engloba os três componentes essenciais do insight: consciência da doença, necessidade de tratamento e atribuição dos sintomas à doença. Existem ainda escalas de auto-avaliação por parte do doente: a Escala do Insight Cognitivo de Beck (BCIS) e a Escala do Insight de Markova e Berrios (Sirri & Grandi, 2012).

No entanto, a escala mais utilizada, devido às suas propriedades psicométricas que incluem fidedignidade, validade convergente e divergente e consistência interna é a BABS (“Brown Assessment of Beliefs Scale”). É uma escala que avalia o insight enquanto variável contínua e categórica. O insight é classificado com base nessas categorias como: inexistente/delírio, pobre, moderado, bom e excelente. Tal como as outras, é administrada por um avaliador (Katharine A. Phillips, M.D. & Others, 2014). A BABS é constituída por sete itens: grau de convicção na crença, percepção dos outros

em relação à crença, explicação sobre qualquer diferença entre o ponto de vista do doente e das outras pessoas em relação à crença, se a pessoa pode ser convencida que a sua crença é errada, isto é, imutabilidade, tentativas de refutar a crença, insight e ideias/ilusões relacionadas com a crença. Deste modo, o primeiro objectivo consiste em estabelecer qual é a crença dominante (obsessão, preocupação, medo, ideia ou delírio). É seguido de “perguntas” específicas para cada item que permitem aceder ao grau de convicção. Esta escala é sensível às mudanças do insight com o tratamento e, por isso, pode ajudar na compreensão do papel da ilusão (ausência de insight) na eficácia do tratamento e prognóstico (Beer, Atala, & Rasmussen, 1998). No fim, é dada uma pontuação de 0 a 24 em que os valores mais altos correspondem a níveis mais baixos de insight. O último item da BABS indica a impressão do médico sobre o insight do doente e não está incluído no score total, sendo usado como uma medida adicional (Shimshoni, Reuven, Dar, & Hermesh, 2011).

Até agora, a falta de insight está associada a um tratamento mais prolongado, fraca adesão à medicação, mais admissões hospitalares e a uma diminuição do funcionamento psicossocial. No entanto, também existem estudos em que o aumento da consciência da doença está associado a sintomas depressivos e de ansiedade, assim como a ideação suicida. O estigma interiorizado desempenha um papel de moderador entre o insight e o funcionamento psicossocial, sendo que o insight pode funcionar melhor quando o estigma é baixo e pior quando o estigma é elevado (Sirri & Grandi, 2012).

3. Insight na Perturbação da Ansiedade Generalizada

Para se abordar o insight correctamente, é necessário fazer referência ao conceito de normalização. É um processo no qual as pessoas percebem os seus sintomas como menos problemáticos, com o objectivo de os enquadrar em contexto de eventos de vida. Isto pode ter um efeito terapêutico, pois ajuda as pessoas a reconhecer os seus sintomas como adaptativos e dentro da normalidade. No entanto, pode funcionar como barreira para um futuro tratamento. É importante salientar que o conhecimento e as crenças sobre doenças mentais também desempenham um papel importante no reconhecimento da perturbação (Paulus, Wadsworth, & Hayes-Skelton, 2015).

A perturbação da ansiedade generalizada está associada a um longo período sem tratamento. Enquanto 86% dos doentes procuram tratamento em determinado período da sua vida, apenas 33% o fazem no primeiro ano de aparecimento dos sintomas. O tempo estimado entre estes dois acontecimentos é de 6 a 10 anos. As causas podem ser o estigma e a normalização, que podem complicar o reconhecimento da doença. Esta manifesta-se, maioritariamente, por sintomas físicos, de modo que estes representam a principal causa de preocupação por parte dos doentes. No contexto de doença física, a ansiedade e a preocupação podem ser vividas como esperadas, o que impossibilita o reconhecimento da ansiedade/ preocupação como problemáticas. Assim, os doentes com perturbação da ansiedade generalizada demoram, em média, 10 anos a ter consciência da sua doença. Aliás, os doentes só reconhecem os seus sintomas como problemáticos após procurarem ajuda médica, devido aos seus problemas de saúde e não pela preocupação propriamente dita. A capacidade de reconhecer e gerir os sintomas psicológicos é muito importante na procura de tratamento. Num estudo em que foi pedido a estudantes para identificarem a severidade (subclínica/ligeira, moderada ou severa) de nove casos de perturbação da ansiedade generalizada, todos foram subavaliados (Paulus et al., 2015). Portanto, pode-se dizer que a ansiedade é vista, pela população, como algo não tão preocupante/grave, o que pode ser consequência do processo de normalização dos sintomas.

Devido ao curso intermitente e crónico da doença, a angústia só é reconhecida como um sintoma em fases mais severas, quando já se manifestam outros problemas. Deste modo, os doentes com perturbação da ansiedade generalizada e sem outras comorbilidades têm uma procura de tratamento muito inferior aos doentes com a perturbação e comorbilidades (Paulus et al., 2015).

No entanto, apesar da severidade dos sintomas ser uma das causas associadas à procura de tratamento, verificou-se que este factor sozinho não previa a procura de tratamento, sendo necessário introduzir o conceito de incapacidade funcional (impacto negativo que a doença tem na capacidade do indivíduo cumprir as suas tarefas habituais). Relativamente à remissão dos sintomas, apesar da severidade dos sintomas ser o principal medidor também se mostrou insuficiente por não reflectir a concepção que os doentes tinham da sintomatologia. Isto porque é muito difícil, para o doente, obter uma remissão funcional e sintomática. Os doentes com perturbação da ansiedade

generalizada apresentaram mais propensão para obter uma remissão funcional. Além disto, os doentes casados tinham mais probabilidade de recorrer a ajuda médica, o que salienta o impacto que a incapacidade funcional e a carga da doença poderão ter na família. Esta perturbação apresentou 58.5% de procura de tratamento (Ameringen, Simpson, Patterson, & Turna, 2015).

Além da incapacidade devida à doença, também a qualidade de vida (satisfação que o indivíduo sente na sua vida) é considerada um factor importante na procura de tratamento. Os doentes que procuraram tratamento têm níveis significativos de incapacidade, mas são inferiores ao esperado, uma vez que os sintomas podem não ser evidentes para se verificar disfunção. Uma possível explicação é que uma pessoa consegue preocupar-se e ao mesmo tempo realizar as tarefas do dia-a-dia e, por isso, a disfunção pode ser subtil ou mesmo inexistente. Por outro lado, independentemente do nível de incapacidade, os estados de preocupação, ansiedade e tensão podem interferir com a qualidade de vida. Verificou-se que estes doentes tinham uma menor qualidade de vida do que o grupo de controlo e na escala foram classificados como “extremamente infelizes”. Conclui-se que a qualidade de vida pode ser um indicador importante na consciência da necessidade e procura de tratamento (Henning, Turk, Mennin, Fresco, & Heimberg, 2007).

A perturbação da ansiedade generalizada é caracterizada por uma desregulação das emoções (Novick-Kline, Turk, Mennin, Hoyt, & Gallagher, 2005) que é um dos processos fundamentais da doença (Henning et al., 2007) e um défice nas capacidades emotivas. Como consequência, estes doentes manifestam uma preocupação excessiva para evitar o processamento destas emoções. Destacam-se quatro componentes fundamentais que interagem para manter os sintomas: experiência intensa de emoções, dificuldade em as entender, reações negativas quando experienciam emoções e, por fim, mau controlo das mesmas. Assim, ocorre um evitamento de situações de carácter emotivo muito forte, o que reforça negativamente a preocupação. É fulcral perceber se existe consciência das emoções, cuja definição é “capacidade de reconhecer emoções no próprio e nos outros e que inclui o desenvolvimento que ocorre desde a diferenciação progressiva até à integração da informação emocional”. Deste modo, foi realizado um estudo em que eram apresentados cenários e os participantes tinham de descrever como se sentiriam na situação e como se sentiriam as outras pessoas envolvidas. O objecto de

medição foi o LEAS (“Level of emotional awareness scale”). O estudo pretendia comprovar o resultado de trabalhos anteriores que tinham concluído que indivíduos com ansiedade generalizada não conseguiam ter a clareza emocional e tinham maior dificuldade em identificar e descrever as emoções. No entanto, neste estudo, os doentes apresentaram maiores níveis de consciência emocional do que os de controlo. As razões referidas basearam-se no método, pois é diferente especular sobre como nos sentiríamos do que realmente enfrentar situações reais com carga emocional. Também é provável que possam ter dado as respostas correctas e não as verdadeiras. Isto pode advir do perfeccionismo e da necessidade de agradar o avaliador, inerentes a estes doentes. Por fim, estes podem ter falta de confiança na sua habilidade para identificar e descrever as emoções, em vez de défices reais (Novick-Kline et al., 2005).

4. Insight na Perturbação de Pânico

Na avaliação do insight nesta perturbação, é importante abordar a consciência que os pacientes têm dos seus sintomas cardíacos e gastrointestinais, com destaque no sintoma mais frequente: as palpitações.

Estes doentes são apelidados de mestres interoceptivos devido à sua capacidade de perceber e descrever sensações físicas em qualquer órgão do seu corpo ou região corporal. Este aumento da sensibilidade provoca sensações somáticas intensas e a criação de uma resposta ansiosa. Deste modo, há uma maior probabilidade de ocorrer um ataque de pânico (Barsky, 1992).

De acordo com pesquisas anteriores, os pacientes com perturbações da ansiedade e pacientes com episódios de ataques de pânico pouco frequentes demonstram maior sensibilidade na percepção das suas sensações físicas, comparativamente a pessoas sem doença psiquiátrica. Quanto maior é a consciência das sensações, maior é o medo de as voltar a sentir. Verificaram-se diferenças neste estudo, pois os doentes com perturbação de pânico tinham mais ansiedade quando se apercebiam dos seus sintomas cardíacos, contrariamente aos doentes com outras perturbações da ansiedade que apresentavam maior ansiedade relacionada com a sintomatologia do sistema gastrointestinal. Isto pode explicar porque é que nas fobias as pessoas se sentem nauseadas e na perturbação de pânico as palpitações são o principal sintoma. Destacou-se também que, nos doentes com perturbação de pânico, existia uma correlação entre a consciência dos sintomas cardíacos e o consequente evitamento de

situações em que estas sensações pudessem ocorrer. Isto criava um ciclo que diminuía a frequência de episódios, mas mantinha a doença, voltando a enfatizar a importância da percepção sintomática. Além disto, este estudo demonstrou que os doentes com perturbação de pânico eram mais precisos na percepção dos seus batimentos cardíacos e que esta precisão era independente da habilidade estimativa dos intervalos de tempo. No entanto, contrariamente a resultados de estudos anteriores, estes pacientes não demonstraram níveis de frequência cardíaca mais elevados do que os outros grupos. Uma explicação é por não terem sido observados imediatamente antes ou após a exposição a um estímulo externo ansiogénico. Deste modo, fica por explicar se esta consciência está presente antes do início de um ataque ou se é adquirida com a evolução da doença. Permanece, também, a dúvida se esta consciência dos sintomas cardíacos é específica desta perturbação, uma vez que os pacientes com ansiedade generalizada obtiveram uma percepção semelhante aos doentes com perturbação de pânico. Não se afasta a hipótese de que a percepção das sensações cardíacas faça parte da etiologia desta doença, pois apesar das duas perturbações partilharem muito em comum, o que as distingue é a forma como estas sensações são processadas. Conclui-se que, além de uma maior capacidade de percepção da função cardíaca, existe um foco de atenção exagerada ao corpo que é característica das patologias da ansiedade. Estes dois factores devem contribuir para um aumento da probabilidade de ocorrer um ataque de pânico (Barsky, 1992).

No entanto, além da consciência dos sintomas, o insight também está relacionado com o conhecimento e compreensão da doença e dos seus mecanismos. Um estudo com nove anos de evolução, no qual foram seguidos doentes com perturbação de pânico a fazerem psicoterapia e/ou farmacoterapia, verificou que os pacientes referiam a compreensão acerca de si mesmos e dos mecanismos da doença como muito úteis na remissão da perturbação. Esta compreensão estava associada à psicoterapia, leitura de revistas e livros sobre saúde mental. Portanto, foi mais fácil integrar a informação, o que lhes permitiu não só lidar com a angústia, mas também mudar o comportamento com alteração da evitação para uma adaptação mais favorável. Por sua vez, referiram a falta de compreensão como um factor impeditivo na remissão, uma vez que tornava as negociações referentes à terapêutica difíceis. Outro factor importante positivo preditivo de remissão nomeado foi o aumento da capacidade de reflectir e modificar os pensamentos, independentemente do tipo de psicoterapia utilizada. É importante para o

doente compreender o método de pensamento inerente à doença, pois aumenta a flexibilidade de pensamento e habilidade de criar novas perspectivas. O ultimo factor benéfico na remissão foi a consciência e a capacidade de lidar com os sentimentos. Este factor foi reconhecido pelos doentes como essencial para as estratégias de coping adaptativas (Svanborg, Bäärnhielm, Aberg Wistedt, & Lützen, 2008).

Relativamente ao insight associado ao conhecimento da doença, numa população afro-americana, verificou-se que, dos 17% de doentes com critérios para perturbação de pânico, 52% classificaram a sua saúde mental como excelente, muito boa ou boa. Além disso, apenas 17.6% recorreram a um psiquiatra ou psicólogo e esta procura foi menor do que a procura de uma entidade religiosa seguida de médico de outra especialidade. Estes dados alertam para a possível falta de conhecimento da perturbação de pânico como um problema de saúde mental, especialmente em países subdesenvolvidos (Jang, Yoon, Chiriboga, Molinari, & Powers, 2014). No entanto, verificou-se que, nos doentes com perturbação de pânico que atingiram a remissão após tratamento, a sua qualidade de vida era inferior ao normal na comunidade estudada (Ameringen et al., 2015). Isto remete para factores desconhecidos que possam não estar a ser abordados na terapêutica ou à definição de remissão que deveria incluir o parâmetro da qualidade de vida.

5. Insight na Fobia Social

O DSM- V alterou os critérios da doença e já não é necessário que os doentes reconheçam os seus sintomas como irracionais. Apenas menos de 1% dos pacientes não reconhece devidamente os seus medos como excessivos. Num estudo comparativo de avaliação do insight entre a fobia social e a perturbação obsessivo-compulsiva, verificou-se que cerca de 30% dos pacientes com fobia social exibiram menor insight. Estes dados discordam de estudos anteriores, o que pode ser justificado por uma medição diferente do insight, por exemplo categórica. Além disto, este resultado sugere incapacidade dos doentes em avaliarem de forma crítica as suas crenças, congruente com a alteração no DSM-V. Seria importante investigar se os níveis de insight na fobia social variam como na perturbação obsessivo-compulsiva.

Não se verificaram factores clínicos ou demográficos como idade, sexo, emprego, idade de início ou duração da doença associados a um menor insight. No entanto, verificou-se que os doentes fóbicos sociais em relações estáveis tinham menor insight. Uma possível explicação é a de que esta relação forneça um ambiente seguro ao doente, que não tem tanta necessidade de se expor a situações sociais.

Além disto, os pacientes com fraco insight demonstraram depressão menos severa, o que poderá implicar a existência de diferentes mecanismos na relação entre o insight e a depressão na fobia social. Uma justificação possível é que os doentes com insight fraco não questionam as suas crenças, o que provoca uma adaptação favorável aos seus sintomas e estes são percepcionados como menos angustiantes e menos depressivos. Por sua vez, a depressão pode ser elucidada como consequência de uma maior consciência da doença, que ao induzir autocrítica poderá aumentar o insight dos doentes (Vigne, de Menezes, Harrison, & Fontenelle, 2014).

Relativamente à procura de tratamento, é estimado que o número de anos entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a procura de tratamento seja entre 9 a 28 anos, com apenas 50% a alguma vez procurar tratamento. Devido ao seu início precoce e natureza crónica, há uma tendência para que estes doentes assumam que a sintomatologia é inerente à sua personalidade, tentando normalizá-la através do desenvolvimento de estratégias não adaptativas de coping. Deste modo, há um adiamento do tratamento que aumenta a probabilidade de comorbilidades. Mais de metade dos doentes com outras doenças psiquiátricas já teve fobia social. Além disso, o estigma é uma enorme barreira, uma vez que estes doentes são muito susceptíveis às opiniões de outros. Como vivenciam os seus sintomas como menos severos, não se querem sujeitar ao processo de procura de tratamento com medo de ficarem com o rótulo de “perturbação mental” (Paulus et al., 2015). Um estudo realizado em militares chineses revelou que 74% dos doentes com fobia social nunca tinham procurado ajuda, um número muito superior ao dos países ocidentais. Desses, 40% referiram que os factores de evitamento foram a principal causa, concordante com estudos anteriores. Os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade não recorreriam a ajuda devido a factores psicológicos, como atitude negativa em relação ao tratamento e as suas crenças/valores negativos sobre a doença mental (Wang et al., 2014). No entanto, é curioso que após o reconhecimento dos sintomas, o atraso até a procura de tratamento é

reduzido e passa de uma média de 7.9 anos, até reconhecimento dos sintomas como próprios da doença, a apenas 1.2 anos entre essa data e a procura de tratamento. Estes doentes costumam recorrer, constantemente, aos serviços de saúde por queixas sintomáticas provocadas pela perturbação, mas que estes não reconhecem como tal. Num estudo em que foi pedido a estudantes para identificarem a severidade (subclínica/ligeira, moderada ou severa) de nove casos de fobia social, estes perceberam os casos ligeiros e moderados como menos severos do que eram, ao contrário dos casos severos em que a avaliação foi adequada. Estes resultados esclarecem que as pessoas são capazes de reconhecer sintomas de incapacidade e angústia associados à fobia, mas só quando os sintomas são mais severos. Nos casos ligeiros isto pode não ser grave, porque por definição os sintomas são inferiores ao limite necessário para haver relevância clínica e serem designados de perturbação, mas nos casos moderados já é problemático. Isto porque se sabe que, quanto mais severa se torna a doença, menor é a probabilidade de o doente procurar tratamento e maior é a probabilidade de permanecer incapacitado após completar o tratamento (Paulus et al., 2015).

Estes doentes também têm tendência para abandonar a terapia cognitivo-comportamental mais cedo, de modo que se deve considerar os inibidores selectivos da recaptção de serotonina como tratamento de primeira linha, por terem um efeito terapêutico mais rápido. Só de seguida é que se deve aplicar a terapia cognitivo-comportamental (Vigne et al., 2014).

6. Insight na Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Anteriormente, fazia parte do conhecimento geral que a preservação do insight era uma característica da perturbação obsessivo-compulsiva, devido ao carácter intrusivo das obsessões. No entanto, sabe-se que isto já não é verdade. De forma a alertar os clínicos e a encorajar os investigadores na exploração da relação insight com psicopatologia e tratamento, o DSM IV propôs a inclusão do subtipo “insight pobre ou fraco”. Deste modo, o DSM-V já apresenta qualificação do insight como: “insight bom ou favorável”, “insight pobre ou fraco” ou “ausência de insight”.

Está estimado que cerca de um quarto dos doentes com esta perturbação têm insight fraco (Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel & Y. C. Janardhan Reddy 2, 2015) e a sua prevalência ronda uma média de 18% (Jacob, Larson, & Storch, 2014). O insight pobre está associado a uma maior severidade da doença, aparecimento em idades mais precoces (Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel & Y. C. Janardhan Reddy 2, 2015) (Shimshoni et al., 2011) maior duração da doença, menor resposta ao tratamento e sintomas relacionados com acumulação e contaminação (Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel & Y. C. Janardhan Reddy 2, 2015). Também está associado a um menor número de anos de escolaridade e a menor empregabilidade, mas sem associação com faixa etária ou género. Este estudo veio reforçar o papel que o insight tem na severidade da doença, pois verificou que quanto menor era o insight, maior era a severidade da doença (Jacob et al., 2014), concordante com estudos anteriores (Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel & Y. C. Janardhan Reddy 2, 2015). Uma explicação é que os doentes com menor insight não lutam contra as suas obsessões/compulsões e por isso mantêm os sintomas, o que funciona como reforço negativo no ciclo obsessão-compulsão. No entanto, não se demonstrou que o insight fosse mediador da relação entre resistência/controlo da doença e a sua severidade, existindo, provavelmente, outras variáveis não avaliadas (Jacob et al., 2014). Deste modo, apesar da falta de insight estar relacionada a uma maior severidade de sintomas no início da doença, esta severidade não é preditiva dos resultados a longo prazo do tratamento, tanto farmacológico como comportamental. Portanto, a severidade isolada não está associada a um mau prognóstico (Catapano et al., 2010).

É interessante que um menor insight foi associado a um menor número de compulsões (comportamentos de neutralização). Os rituais mentais, a que estes comportamentos estão associados, podem ser vividos com mais frequência, ao contrário de triggers situacionais, o que contribui para um aumento da consciência dos sintomas (Jacob et al., 2014). Deste modo, os rituais mentais também estão associados a um melhor insight (Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel & Y. C. Janardhan Reddy 2, 2015).

Existem diversas explicações para a falta de insight na perturbação obsessivo-compulsiva. A primeira consiste numa dificuldade na resolução dos conflitos/inibição

de resposta, que pode impedir que haja uma resposta adaptativa entre a informação proveniente do exterior e as crenças do doente. A segunda remete para uma memória verbal pobre, que pode dificultar a atualização de informação proveniente do exterior e, por fim, a explicação pode residir em problemas de fluência que podem impedir o acesso à informação armazenada. Deste modo, é provável que alguns indivíduos retenham os seus pensamentos obsessivos com grande certeza, apesar da informação contraditória que lhes é fornecida (Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel & Y. C. Janardhan Reddy 2, 2015).

Estes dados são importantes, devido às suas implicações no tratamento. A terapia cognitivo-comportamental baseada na modificação de crenças é o tratamento mais adequado para pacientes com insight pobre (Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel & Y. C. Janardhan Reddy 2, 2015). A menor resposta à terapêutica pode ser consequência de um menor insight associado a menor procura e devido ao método de tratamento. Os indivíduos com insight pobre podem beneficiar de terapêutica inicial com inibidores selectivos da recaptação de serotonina e, só depois, avançar com a terapia cognitivo-comportamental (Jacob et al., 2014).

Convém salientar que o insight é um fenómeno multidimensional e extremamente difícil de avaliar, uma vez que pode variar consoante a metodologia aplicada, o tempo e as diferentes características do pensamento obsessivo. Os pensamentos podem ser mantidos com maior ou menor convicção, o que se verifica quando se entrevistam os doentes que reconhecem a doença e a necessidade de tratamento, mas quando são questionados sobre a crença central mostram relutância em considerar vias alternativas (Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel & Y. C. Janardhan Reddy 2, 2015). Também se verificou que alguns doentes conseguem distinguir entre o “saberem” que a sua crença é errada e, mesmo assim, “sentirem” que, se não executarem a compulsão, algo negativo vai acontecer. Estes dois tipos de insight: intelectual e emocional podem ser importantes para uma melhor compreensão do insight e das crenças na perturbação obsessivo-compulsiva (Shimshoni et al., 2011).

7. Insight na Perturbação do Stress Pós-Traumático

O insight nesta perturbação é controverso, pois está associado a um melhor prognóstico, mas também a depressão e pior qualidade de vida.

Um estudo realizado em doentes com perturbação do stress pós-traumático com associação de doença mental severa (incluindo uma das seguintes: esquizofrenia, perturbação esquizotípica, depressão major e perturbação bipolar) concluiu que o número de pacientes com falta de insight era cerca de metade no início do estudo. A falta de insight estava associada a sintomas psicóticos, desorganização e conhecimento da perturbação do stress pós-traumático, mas não se relacionava com a severidade dos sintomas negativos, sintomas da perturbação do stress pós-traumático ou depressão/ansiedade. No entanto, no início do estudo, os doentes com ausência de insight apresentavam menor angústia, mas esta não interferiu com a vontade de receber tratamento. Após o tratamento com terapia cognitivo comportamental ou psicoterapia Brief, verificou-se um aumento do insight em ambas as terapias, o que remete para a importância destas abordagens terapêuticas na perturbação do stress pós-traumático. Estas abordagens psicoeducativas forneceram informação sobre os sintomas comuns da perturbação e específicos da exposição ao trauma que permitiram que os doentes desenvolvessem outra compreensão da sua psicopatologia, com uma normalização dos seus sintomas e experiências. Como consequência, houve uma redução do estigma e maior aceitação da doença (Yanos, Vayshenker, Pleskach, & Mueser, 2016). Esta normalização pode ser controversa. Por um lado, reduz o estigma, muito importante nestes doentes, com medo da avaliação negativa dos outros, mas, por outro lado, o facto de associar os sintomas a características da personalidade pode conduzir a um menor reconhecimento dos sintomas como parte da doença (Paulus et al., 2015). No entanto, o aumento do insight com a psicoterapia não estava relacionado com o aumento do conhecimento da perturbação, sintomas positivos ou melhoria dos sintomas da doença. O aumento do conhecimento da doença, um conceito semelhante ao insight, não estava associado a uma melhoria do insight dos sintomas psiquiátricos, pois o doente pode não associar a informação que obteve sobre a doença aos seus sintomas. Também se verificou uma diminuição dos sintomas negativos e desorganização (Yanos et al., 2016).

Num estudo retrospectivo, 60% dos veteranos do Vietname diagnosticados com perturbação do stress pós-traumático revelaram um atraso na consciência dos sintomas da doença. Este atraso teve um impacto negativo nas suas vidas, salientando, mais uma

vez, o papel importante do insight na recuperação e um dos alvos de tratamento (Hermes, Rosenheck, Desai, & Fontana, 2012).

Outro estudo realizado, em refugiados afegãos na Austrália, produziu uma vinheta com um caso de perturbação do stress pós-traumático e verificou que apenas um terço dos refugiados a identificou correctamente. Os pacientes com menores níveis de educação tinham maior dificuldade em fazer este reconhecimento. Os tratamentos considerados mais eficazes foram baseados na auto-ajuda, como a melhoria da alimentação e do exercício físico e a procura de informação. Estes resultados podem ser explicados com base no estigma universal destas patologias e na crença no mecanismo de coping “manter-se ocupado”. Na escolha da medicação, preferiram ervas e plantas medicinais em vez da medicação anti-depressiva e ansiolíticos, o que pode ser explicado pela crença negativa de agravamento dos sintomas da doença com a medicação. A escolha de outras abordagens terapêuticas religiosas, como ler o Corão ou rezar, foram associadas aos participantes com níveis de educação mais baixos e com idade avançada. No entanto, os psiquiatras e os psicólogos foram os prestadores de serviços considerados mais úteis, pois estes países podem considerar esta perturbação mais grave, de modo que é necessário um profissional em saúde mental que consiga dar resposta à comunidade (Yaser et al., 2016). Isto permite explicar, em certa parte, a forma como a cultura influencia o reconhecimento da doença, a procura de tratamento e o método de tratamento escolhido.

8. Conclusão:

A evolução do estudo do insight tem sido longa. Uma das grandes mudanças foi o reconhecimento da ausência de insight nas perturbações da ansiedade. De tal modo que a importância do insight nestas perturbações é cada vez mais reconhecida, com implicações a nível diagnóstico, tratamento e prognóstico. Devido ao carácter dinâmico e multidimensional do insight, foram surgindo inúmeros instrumentos para a sua avaliação. Como resultado, existe uma enorme variabilidade de resultados dos estudos, por vezes com conclusões contraditórias. Apesar da BABS ser a mais utilizada, é necessária uma standardização. Além disto, ainda não existem estudos suficientes nestas perturbações e a maioria dos que existem são inconclusivos e, por isso, torna-se difícil estabelecer correlações.

Os factores associados a um maior insight não estão bem definidos. Não foi possível associar o insight a factores geográficos, etários ou de género, entre outros. No entanto, doentes que habitam com companheiro(a) têm maior insight e procuram tratamento com maior facilidade, com excepção da fobia social, que apresenta menor insight. Além destes, a menor diferenciação, a falta de informação e habitação em zonas rurais tornam mais difícil um bom insight. Por sua vez, o reconhecimento dos sintomas é tardio, quando já existe grande incapacidade funcional e comorbilidades. Apesar de não ser muito referida, a qualidade de vida deveria ser destacada como um factor importante, uma vez que os doentes com estas perturbações conseguem ser funcionais, mesmo quando a doença já é severa.

Salientam-se dois factores que podem impedir a procura de tratamento: o estigma e a normalização. De forma a reduzir o estigma, deveriam ser implantadas formas alternativas de tratamento, nas quais se pudesse minimizar a exposição daquele doente. A normalização pode ser ultrapassada com mais campanhas de informação, rastreios, acessos mais facilitados a consultas de psiquiatria ou psicologia e coordenação dos serviços de saúde primários. Um dos objectivos é a detecção precoce em crianças e idades mais jovens. Por vezes, um melhor insight está associado a estigma e a depressão e, às vezes, ansiedade.

Relativamente ao tratamento, o insight relacionou-se positivamente com a adesão à terapêutica e remissão da sintomatologia. A terapêutica inicial recomendada, para doentes com pobre insight, deve ser farmacológica, com Inibidores Selectivos da Recaptação de Serotonina.

Nesta revisão considero existirem algumas limitações. Para começar, existe uma discrepância substancial no número de estudos realizados entre as diferentes perturbações da ansiedade. Além disto, os estudos abordam factores diferentes. Deste modo, foi possível obter mais informação sobre o insight numas perturbações do que noutras, o que pode levar a conclusões erróneas e torna difícil a extrapolação entre as diferentes perturbações.

Por outro lado, alguns dos estudos não utilizam o termo “insight”, mas sinónimos. Apesar de semelhantes, podem ser considerados conceitos diferentes e avaliados com metodologia diferente, produzindo resultados diferentes. Seria importante ter mais estudos e estes deveriam utilizar o conceito de “insight”.

Terceiro, na tentativa de avaliar o insight numa perspectiva cultural, foram incluídos estudos em países em desenvolvimento e zonas rurais. Apesar de ter sido possível fazer algumas correlações, seria necessário um maior número de estudos nessas populações. Além disso, pode haver algum enviesamento nos estudos, pois o tipo de tratamento e a abordagem terapêutica podem ser diferentes.

Quarto, o insight relacionado com a adesão terapêutica carece de estudos na maioria das perturbações, de modo que não foi tão abordado nesta revisão como, por exemplo, a procura de tratamento.

Para futuras investigações, considero que deveriam ser abordados os diferentes tipos de insight: cognitivo, emocional e clínico nas perturbações da ansiedade e qual a relevância de cada um no tratamento da doença e prognóstico. Também seria importante a realização de mais estudos comparativos do insight entre as diversas perturbações da ansiedade. Seria interessante explorar a qualidade de vida, na medida em que pode ser um factor importante na avaliação do insight.

9. Bibliografia:

- Ameringen, M. Van, Simpson, W., Patterson, B., & Turna, J. (2015). Internet screening for anxiety disorders: Treatment-seeking outcomes in a three-month follow-up study. *Psychiatry Research*, 230(2), 689–694. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.031>
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T., & Issakidis, C. (2010). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment, 78(0).
- Barsky, A. J. (1992). Palpitations, cardiac awareness, and panic disorder. *The American Journal of Medicine*, 92(1 SUPPL. 1), 371–382. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(92\)90134-W](https://doi.org/10.1016/0002-9343(92)90134-W)
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Whiteford, H. A., Baxter, A. J., ... Whiteford, H. A. (2014). Medicine : The global burden of anxiety disorders in 2010 The global burden of anxiety disorders in 2010, (January). <https://doi.org/10.1017/S0033291713003243>
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2–3), 319–329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale : Reliability and Validity, (January), 102–108.
- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., De Santis, V., & Maj, M. (2010). Obsessive-compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.12.007>
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., de Mathis, M. E., Carlos Lopes, A., Fontenelle, L. F., ... Miguel, E. C. (2006). Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94(1–3), 199–209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.019>
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 342–9. <https://doi.org/10.1002/da.20249>
- Hermes, E. D. a, Rosenheck, R. a, Desai, R., & Fontana, A. F. (2012). Recent trends in the treatment of posttraumatic stress disorder and other mental disorders in the VHA. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(5), 471–6. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100432>
- Himani Kashyap, 1, 2* J. Keshav Kumar, 1 Thennarasu Kandavel, 3 and, & Y. C. Janardhan Reddy 2, 4. (2015). The dysfunctional inner mirror: poor insight in obsessivecompulsive disorder, contributions to heterogeneity and outcome. *CNS*

- Spectrums*, 20(5), 460–462. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000619>
- Jacob, M. L., Larson, M. J., & Storch, E. A. (2014). Insight in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 896–903. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.016>
- Jang, Y., Yoon, H., Chiriboga, D. a., Molinari, V., & Powers, D. a. (2014). Bridging the Gap between Common Mental Disorders and Service Use: The Role of Self-Rated Mental Health among African Americans. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(7), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.02.010>
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., ... Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 438–448. <https://doi.org/10.1037/a0019245>
- Johnson, S., Sathyaseelan, M., Charles, H., Jeyaseelan, V., & Jacob, K. S. (2012). Insight, psychopathology, explanatory models and outcome of schizophrenia in India: a prospective 5-year cohort study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 159. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-159>
- Katharine A. Phillips, M.D.(1), 3), , Ashley S. Hart, Ph.D.(1), 3), , William Menard, B.A.(1), A., & Jane L. Eisen, M.D.(2), 3). (2014). Psychometric Evaluation of the Brown Assessment of Beliefs Scale In Body Dysmorphic Disorder, 201(7), 640–643. <https://doi.org/10.1016/j.bpr.2014.06.001>
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 159–164. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03245.x>
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1995). Insight in clinical psychiatry. A new model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(12), 743–751. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8522935>
- Novick-Kline, P., Turk, C. L., Mennin, D. S., Hoyt, E. A., & Gallagher, C. L. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(5), 557–572. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.06.001>
- Paulus, D. J., Wadsworth, L. P., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Mental health literacy for anxiety disorders: how perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. *Journal of Public Mental Health*, 14(2), 94–106. <https://doi.org/10.1108/JPMH-09-2013-0064>
- Review, F. (2006). Treatment-resistant anxiety disorders, 805–814. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001852>
- Saravanan, B. (1998). Culture and Insight Revisited.Pdf, 8–11.
- Shimshoni, Y., Reuven, O., Dar, R., & Hermesh, H. (2011). Insight in obsessive-compulsive disorder: A comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 389–396. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.011>
- Sirri, L., & Grandi, S. (2012). Illness behavior. *Advances in Psychosomatic Medicine*,

32, 160–181. <https://doi.org/10.1159/000330015-22>

Spidel, A., & Oberlander, T. F. (2013). IN PERINATAL WOMEN WITH MOOD AND, 1136(January), 1129–1136. <https://doi.org/10.1002/da.22137>

Svanborg, C., Bäärnhielm, S., Aberg Wistedt, A., & Lützen, K. (2008). Helpful and hindering factors for remission in dysthymia and panic disorder at 9-year follow-up: a mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 8, 52. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-52>

Vigne, P., de Menezes, G. B., Harrison, B. J., & Fontenelle, L. F. (2014). A study of poor insight in social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 219(3), 556–561. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.033>

Wang, H., Zhang, R., Chen, Y., Wang, H., Zhang, Y., Gan, J., ... Tan, Q. (2014). Social anxiety disorder in the Chinese military: Prevalence, comorbidities, impairment, and treatment-seeking. *Psychiatry Research*, 220(3), 903–908. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.063>

Yanos, P. T., Vayshenker, B., Pleskach, P., & Mueser, K. T. (2016). ScienceDirect Insight among people with severe mental illness , co-occurring PTSD and elevated psychotic symptoms : Correlates and relationship to treatment participation. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.016>

Yaser, A., Slewa-Younan, S., Smith, C. A., Olson, R. E., Guajardo, M. G. U., & Mond, J. (2016). Beliefs and knowledge about post-traumatic stress disorder amongst resettled Afghan refugees in Australia. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 31–40. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0065-7>

- World Health Organization. World Bank. Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return - 13 APRIL, 2016 Disponível em < <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en>>. Consultado em [03/01/2017]

Agradecimentos:

Não poderia terminar esta tese de mestrado sem o reconhecimento das pessoas cujo contributo foi imprescindível para a realização deste trabalho.

À Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a instituição que me facultou os ensinamentos e valores sobre a boa prática médica.

Ao Dr. Lucas Manarte, o meu orientador da tese, pela disponibilidade, atenção, investimento pessoal neste trabalho e partilha do conhecimento.

À minha família, por ser o meu pilar. Por me apoiarem e compreenderem a exigência e a falta de disponibilidade inerentes à realização deste trabalho. Queria deixar um agradecimento especial à minha mãe pela força, motivação e confiança que me transmitiu e por ser a minha inspiração.

Ao meu namorado, Cristiano Gante, o mais sincero obrigado pelo apoio incondicional, pela ajuda, pela paciência e pela dedicação.

Um final agradecimento aos meus amigos que me acompanharam nesta jornada, com muitos momentos de alegria e amizade e que me continuam a estimular emocional e intelectualmente.